



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
TERAPIA OCUPACIONAL

VICTÓRIA ANSELMO COMIN

**APOIO MATRICIAL: UM ARRANJO
ORGANIZACIONAL AO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL**

Brasília- DF

2013

VICTÓRIA ANSELMO COMIN

**APOIO MATRICIAL: UM ARRANJO
ORGANIZACIONAL AO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Prof^a. Dr^a. Paula Giovana
Furlan

Brasília-DF

2013

VICTÓRIA ANSELMO COMIN

**APOIO MATRICIAL: UM ARRANJO
ORGANIZACIONAL AO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília -
Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Paula Giovana Furlan

Ms. André Vinicius Pires Guerreiro -FIOCRUZ

Dra. Francine- FIOCRUZ

Aprovado em:

Brasília, 17 de Dezembro de 2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me mantém com forças para realizar mais esse projeto em minha vida.

Agradeço a minha professora e orientadora Prof^ª Dr^ª Paula Giovana Furlan, que esteve ao meu lado desde a escolha do tema até a elaboração do trabalho, em todas as dificuldades.

Agradeço a minha mãe, Tania, e ao meu pai, Silvio, por toda dedicação, amor e incentivo que me deram durante minha trajetória no curso de Terapia Ocupacional e por toda a vida, dando forças para enfrentar todas as dificuldades. O meu eterno agradecimento e admiração.

Agradeço a minha irmã, que compartilhou comigo os momentos de tensão durante minha graduação, ajudando no que fosse necessário.

Aos meus avós, sempre interessados em saber e conhecer meu trabalho, me incentivando muito.

A todos os meus amigos, que estiveram sempre ao meu lado, principalmente aos que tive o prazer de conhecer durante essa jornada da graduação e que levarei para sempre em meu coração.

Agradeço a toda minha família, que é a base de tudo que eu faço.

Agradeço a Gerente de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária do Distrito Federal, pela disposição em conceder a entrevista e dados necessários.

Por fim, agradeço a banca examinadora pela disposição e apreciação do presente trabalho.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os que me deram forças, principalmente nas horas mais difíceis. Em memória do meu avô Cléo Comin, que me incentivou durante toda a graduação, essa vitória também é sua.

RESUMO

A Atenção Básica se caracteriza por ser porta de entrada e centro de comunicação dos usuários com a Rede de Atenção a Saúde. Diretrizes de qualificação dos modelos de gestão e processos de trabalho são abordadas na atualização da Política Nacional de Atenção Básica. É necessário investir em mudanças na estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde, assim, o Apoio Matricial e Equipe de Referência surgem como formas de arranjos organizacionais. **Objetivo geral:** Discutir o processo de implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Distrito Federal, segundo a percepção da gestão da atenção básica. **Objetivo específico:** Compreender o apoio matricial como arranjo organizacional de gestão e da clínica em serviços de saúde da Atenção Básica. **Metodologia:** Enquadra-se no modelo referencial de pesquisa qualitativa, realizada por meio de revisão bibliográfica, documental e entrevista aberta com a Gerência de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. A Análise dos dados foi dada utilizando-se de categorização por relevância teórica. **Resultados/discussão:** O Sistema Único de Saúde apresenta alguns desafios estruturais, organizacionais e gerenciais, voltados ao modelo de atenção e gestão. É discutida a implantação de novos arranjos e estratégias de organização e metodologia de gestão do trabalho em saúde. O Distrito Federal (DF) apresenta como objetivo específico implementar a Atenção Básica com ênfase na expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dessa forma, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) surgem como forma de apoio as ESF, pautado no modelo teórico do Apoio Matricial, com início de implantação no Distrito Federal em 2009, passando por processos de discussão do arranjo e dificuldades na percepção do processo de trabalho. **Considerações Finais:** Desde 2009, o Distrito Federal vem passando por um processo de implantação dos NASFs, construído e formulado a partir de diretrizes e movimentos de reorientação de ações e estratégias. A pesquisa possibilitou compreender as potencialidades, tais como melhorias no processo de trabalho e dificuldades, tais como na compreensão da lógica proposta pelo processo de implantação do Apoio Matricial no DF.

Palavras Chave: Apoio Matricial; Atenção Básica; Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary Care is characterized by being both the gateway and communication center for the users within the Health Care Network. Qualification guidelines of the management models and work processes are covered in the revision of the Primary Care National Policy. It is necessary to invest in changes to the assistance and management structures of health services. Thus Matrix Support and a Referral Team emerge as forms of organizational arrangements. **General objective:** To discuss the process of implementation of the Family Health Support Nuclei (NASF) in the Federal District, according to the perception of the Primary Care management. **Specific objective:** To comprehend Matrix Support as a management organizational arrangement and the clinical health services from Primary Care. **Methodology:** It fits on the referential model of qualitative research, conducted by way of bibliographic and documental revisions and an open interview with the Organizational Management of the Primary Health Care Undersecretariat from the Federal District. The data analysis was made by theoretical relevance categorization. **Result/Discussion:** SUS presents some structural, organizational and managerial challenges to the attention and management model. The implementation of new arrangements, organizational strategies and a management methodology of work in health care is discussed. The Federal District presents the implementation of Primary Care with emphasis on the expansion of the Family Health Care Strategy (ESF) as a specific objective. This way, the NASF appear as support to the ESF, based on the theoretical model of Matrix Support, which began in the Federal District in 2009, passing through arrangement discussion proceedings and difficulties in perceiving working process. **Final Considerations:** Since 2009, the Federal District has been going through a process of implementing the NASF, which was formulated from directives and movements of reorientation of actions and strategies. The research made it possible to comprehend the potentialities such as improvement on the working process, and difficulties such as the comprehension as the logical proposal from the process of implementing Matrix Support in the DF.

Key Words: Matrix Support; Primary Care; Family Health Care Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivos Gerais.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3 PROPOSTA METODOLÓGICA.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
4.1 Desafios em torno dos novos arranjos organizacionais.....	18
4.2 O Núcleo de Apoio a Saúde da Família.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
APÊNDICE A.....	37
ANEXOS A.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: apresentação de textos.....	17
Quadro 2: Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Distrito Federal....	24
Quadro 3:Profissionais lotados nas equipes de NASF- Julho 2013.....	27

1.INTRODUÇÃO

A Atenção Básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) é desenvolvida pensando na descentralização, e deve se aproximar da comunidade e ser porta de entrada e centro de comunicação dos usuários com toda a Rede de Atenção à Saúde. Para isso, utiliza-se dos princípios da acessibilidade, integralidade, universalidade, equidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização e participação social. Dessa forma, a Atenção Básica é caracterizada por ser um conjunto de ações e ofertas integral em saúde, a nível individual e coletivo, abrangendo promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, redução de danos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Em sua nova edição, do ano de 2012, a Política Nacional de Atenção Básica, em comparação com a do ano de 2006, inclui diversas novas características e atribuições. Na atualização de 2012, é possível encontrar como característica do processo de trabalho das equipes da atenção básica a implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de gestão, incluindo agora a participação coletiva, a valorização, o fomento à autonomia e protagonismo dos diversos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, compromisso com a ambiência e condições de trabalho e cuidado, constituição dos vínculos solidários, identificação e organização do serviço a partir de demandas sociais, entre outros modelos. A respeito das atribuições gerais dos membros da equipe de saúde, incorporam-se características que envolvem o processo de territorialização, mapeamento, cadastramento de família e usuários, cuidado em saúde, ações educativas, participação do planejamento local de saúde, desenvolvimento de ações intersetoriais, atenção domiciliar, participação no acolhimento dos usuários, responsabilização, identificação de parceiros, participação da comunidade, e estratégias como reuniões de equipes, trabalho interdisciplinar e educação permanente.

No que diz respeito a princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), permanece atual a tensão entre a ampliação do acesso e a transformação das práticas de saúde, dessa forma, não basta garantir o acesso universal e igualitário se não houver um olhar para as práticas de cuidado voltadas para minimização e resposta ao sofrimento do indivíduo, levando ao desafio de um SUS mais humano (MATTOS, 2009).

Com a proposta de enfrentar esses desafios impostos pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange a mudança nos modelos de atenção e gestão das

práticas de saúde, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS. (BRASIL, 2004).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. (BRASIL, 2004, p.4)

Para evitar tendências de serviço verticalizado e hierarquizado, é necessário investir em mudanças nas estruturas assistencial e gerencial nos serviços de saúde, propondo novos arranjos organizacionais, esses, transversais. Dessa forma, o apoio matricial, juntamente com equipe de referência representam formas de arranjo organizacional com características de transversalidade (BRASIL, 2004).

Campos e Domitti, 2006, abordam os conceitos de apoio matricial e equipe de referência como forma de arranjo e reforma das linhas de organizações e trabalhos em saúde. Essa metodologia de gestão foi adotada em diversos serviços de saúde, ganhando destaque após sua incorporação em programas do Ministério da Saúde, como o HumanizaSUS.

O apoio matricial se destaca como retaguarda especializada de assistência a equipes e profissionais de saúde, pretendendo oferecer também um suporte técnico-pedagógico às chamadas equipes de referência, responsáveis pela condução de casos individuais a comunitários (CAMPOS, DOMITTI, 2006).

Segundo Campos e Domitti (2006), a equipe de referência também surge como forma de rearranjo organizacional, reforçando o poder de gestão do trabalho interdisciplinar, em contraponto ao poder das profissões. Desta forma, a equipe de referência busca ser composta por uma série de profissionais com campos de conhecimentos diferenciados, que são considerados essenciais para a condução das demandas em saúde, afim de um mesmo objetivo, ainda que utilizando de diversos modos de intervenção.

Quando iniciado um processo de apoio matricial, a primeira intenção seria ampliar a capacidade de análise das equipes de referência para lidar com os casos e ampliar suas capacidades resolutivas. Além disso, o apoio matricial propõe novas formas de relação entre os profissionais e o serviço. Com isso, a equipe de referência pode se manter responsável por um caso mesmo quando o apoio especializado for

acionado. Portanto, o apoio matricial tem o objetivo de construir espaços para comunicação e compartilhamento de conhecimentos entre a equipe instituída como referência e os apoiadores (OLIVEIRA, 2011).

A equipe de referência e apoio matricial aparecem como arranjos organizacionais e metodologias de gestão de trabalho, com objetivos de possibilitar a implementação e ampliação da clínica ampliada e maior comunicação e integração entre diversos profissionais com distintas especialidades em saúde. Considerando a hipótese que nenhum especialista isoladamente irá se assegurar de um atendimento com visão e abordagem integral, o apoio matricial traz possibilidades da ampliação do trabalho clínico e sanitário (CAMPOS, DOMITTI, 2006).

Diante disso, como reflexão do papel do apoio e da equipe de referência, a Clínica Ampliada surge como ferramenta de articulação e inclusão de diversos enfoques, não desvalorizando nenhuma abordagem disciplinar, propondo uma ampliação do objeto de trabalho em serviços de saúde. Ela busca integrar diversas abordagens, sendo transdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2009).

A Clínica Ampliada busca superar a fragmentação, a alienação e o tecnicismo biologicista, buscando reconstituir vínculos entre os profissionais de referência e sua clientela, usuários dos serviços de saúde. Dentro da clínica, reformulada e ampliada, deve haver a articulação entre o Campo e Núcleo de saberes e responsabilidades com as Equipes de Referência e a de Apoio Especializado Matricial. Dessa forma, as equipes clínica de referência funcionam como uma organização vertical do processo de trabalho, baseada no Campo e o Apoio Matricial como uma organização horizontal do processo de trabalho, tentando combinar especialização com interdisciplinariedade. Deve-se operar um Projeto Terapêutico amplo (que inclua o sujeito, a doença e o contexto), explicitando objetivos e as técnicas de ação, reconhecendo o papel ativo do usuário e equipe (CAMPOS, 2007).

Em outras palavras, Campos e Domitti (2006) afirmam que o funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência afirma-se em um espaço que deve ser coletivo, de discussão de casos (clínicos, de gestão ou sanitários) e participativo no âmbito organizacional. O apoio matricial daria suporte e contribuiria com intervenções que aumentassem a capacidade de lidar com as demandas expostas pela equipe, criando espaços para comunicação ativa.

Sendo assim, segundo Souza, Ayres e Marcondes (2012), a equipe de apoiadores pode se inserir em reuniões de equipe, juntamente com a equipe de referência, visando

proporcionar espaços de reflexões e diálogos clínicos relacionados a demandas, temáticas de saúde e gestão, além de planejar ações a serem realizadas em conjunto com a equipe, criando novas estratégias e ações de saúde.

Mas como se dá o contato entre equipe de referência e apoio matricial? Segundo Campos e Domitti (2006), há duas maneiras básicas que estabelecem esse contato. A primeira seria por meios de encontros e agendas regulares e pré-estabelecidos, em que as referências levantariam casos e problemas de saúde, objetivando elaborar projetos terapêuticos, enfatizando uma organização de trabalho com linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos, além de englobar aspectos de saúde coletiva e gestão do serviço. A segunda maneira ocorreria conforme demanda de casos urgentes e imprevistos, onde a equipe de referência aciona o apoio matricial, priorizando meios diretos de comunicação, solicitando algum tipo de intervenção. Sendo assim, apoio matricial visa estimular o contato direto entre a referência, responsável pelo caso, e o especialista de apoio.

Como forma de garantir esse suporte e contato proposto pelo apoio matricial no atual modelo de atenção a saúde, o Ministério da Saúde regulamentou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no ano de 2008, que pretendem, através da metodologia do apoio matricial e das equipes de referência na atenção básica, reorganizar o modelo de atenção, pautado na ampliação da clínica, aumento de responsabilização dos profissionais pelos casos atendidos e da interdisciplinaridade, dentre outros. Segundo a portaria ministerial 154/2008, é prevista uma equipe de profissionais de diferentes categorias como referência para um número delimitado de equipes de saúde da família, de acordo com o número populacional do município.

Partindo desses conceitos e conflitos permeados por estudos e visão das práticas em atenção básica em saúde, identifica-se a necessidade de estudar a organização da atenção básica através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com anseios de ampliar a visão teórica para implementação na prática profissional, buscando dessa forma compreender o processo de implantação dessas equipes no Distrito Federal.

Dessa forma, busca-se abordar e discutir o apoio matricial, além de investigar o processo de implantação do mesmo dentro do Distrito Federal, com finalidade e relevância de repensar os conceitos para práticas e trabalhos de atenção em saúde.

Após breve busca nas bases de dados BVS, SciELO e Lilacs, utilizando os descritores *Distrito Federal* e *Apoio Matricial*, percebe-se ainda uma carência de

discussão teórica sobre Apoio Matricial no Distrito Federal, que tem uma rede composta por 166 estabelecimentos divididos entre suas regionais (DISTRITO FEDERAL, 2011).

Essa proposta surge a partir de um interesse formado em Atenção Básica e suas formas de organização, desde o princípio da graduação em Terapia Ocupacional, reforçado a partir da prática de um Estágio Supervisionado em uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Distrito Federal, onde foi possível vivenciar os processos de trabalho pautado no apoio matricial e em espaços de discussão e compartilhamento de casos, além da inserção no projeto de pesquisa-intervenção intitulado “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias de atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde”, parceria entre FCE/UnB, FS/UnB e FIOCRUZ, SAPS/SES/GDF, com proposta de pesquisa-intervenção pautados no apoio institucional e matricial às regionais de saúde do Distrito Federal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

-Discutir o processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Distrito Federal, segundo a percepção da gestão da atenção básica.

2.2 Objetivo específico

-Compreender o apoio matricial como arranjo organizacional de gestão e da clínica em serviços de saúde da Atenção Básica.

3. PROPOSTA METODOLÓGICA

Essa pesquisa enquadra-se no modelo referencial de pesquisa qualitativa. Denzin e Lincoln (2006, p.17), a definem em sua obra:

[...] pode-se oferecer uma definição genérica, inicial: a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica e documental e entrevista aberta.

Utilizamos de pesquisa bibliográfica abordando os descritores Atenção Primária e Apoio Matricial na base de dados Scielo, incluindo somente artigos que abordam a forma de organização geral da Atenção Básica com o arranjo de Apoio Matricial, excluindo artigos que retratassem patologias ou demandas específicas, selecionando dois artigos. Realizada também pesquisa sobre Apoio Matricial na Atenção Básica em base de dados Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS), selecionando duas cartilhas e análise de Documento Oficial do Governo do Distrito Federal, Plano Plurianual de Saúde 2012-2015.

Realizamos uma entrevista aberta, na qual a pesquisadora e orientadora apresentaram um tema inicial (A implantação dos NASFs no Distrito Federal), proporcionando que a entrevistada seguisse espontaneamente pelo caminho que desejou, podendo abranger vários âmbitos, de acordo com o referencial de Martins e Bógus (2004). A entrevista foi realizada com a Gerência de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde SES/DF.

A análise dos dados foi realizada através de categorização por relevância teórica do conteúdo, indicada por Turato (2005).

Essa pesquisa é subprojeto do projeto intitulado “Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde”, o qual foi

submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP-FS-UnB em 29/01/2013, com parecer de homologação 191.003. Aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES-DF, com número de parecer 453.476.

A Resolução 466/2012 apresenta diretrizes que visam que todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem ser submetidas à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), determinando também o que deve constar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para esclarecimento dos possíveis sujeitos de pesquisa e possibilidade de tomada de decisão autônoma e voluntária de participar ou não da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se em apêndice e foi assinado pela entrevistada.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fundamentar a pesquisa, abordaremos os resultados encontrados por meio de artigos e cartilhas de orientação política, dialogando com entrevista realizada com Gerente de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde. Utilizaremos como revisão bibliográfica os seguintes textos:

Quadro 1: apresentação de textos

Artigo/Cartilha	Banco de dados/ Ano de publicação	Considerações
Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde (CUNHA, G. T., CAMPOS, G. W. S.) Saúde soc., v. 20, n. 4	Scielo 2011	Apresenta a proposta do Apoio Matricial e Equipe de Referência como rearranjo organizacional do trabalho em saúde na Atenção Básica.
Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde (ONOCKO-CAMPOS, R. T., <i>et al</i>) Rev. Saúde Pública, v. 46, n. 1	Scielo 2012	Pesquisa avaliativa, com objetivo de comparar o desempenho de Unidades Básicas de Saúde de acordo com a implantação dos novos arranjos organizacionais.
Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. (BRASIL)	BVS- Ministério da Saúde 2009	Apresenta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e seu conjunto de diretrizes. O objetivo da elaboração do caderno é fortalecer a Atenção Básica no país, por meio do aumento do conhecimento das equipes.
Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial (BRASIL).	BVS- Ministério da Saúde 2004	Cartilha da Política Nacional de Humanização, com objetivo de disseminar novas tecnologias de humanização da atenção e gestão, apresentando para o público o Apoio Matricial e Equipe de Referência como formas de humanização.

4.1) Desafios em torno dos novos arranjos organizacionais

Um dos grandes desafios vividos pelo Sistema Único de Saúde é considerar os problemas de saúde e do território, na disposição e funcionamento dos serviços de saúde, embora existam diretrizes explícitas (regionalização, hierarquização e integralidade) no texto constitucional e legislação complementar que o conduzem a essa direção. (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Para além desses desafios, Cunha e Campos (2011) discutem problemas de ordem organizacional ou gerencial, voltados ao modelo de atenção e ao modelo de gestão, nos quais se relacionam com atores locais (gestores e trabalhadores). Como primeiro desafio de ordem organizacional, destaca-se a *fragmentação de atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada*, pautados em processos que contribuem para que o profissional reduza seu objeto de trabalho, responsabilização por usuário apenas dentro do seu espaço físico, contratos com dimensões quantitativas entre gestores e trabalhadores e fragmentação interna e externa a outros serviços e redes de atenção em saúde. Como segundo desafio, surge a *valorização social/organizacional diferenciada de saberes profissionais e de serviços complementares entre si*, caracterizados por uma hierarquização e falta de diálogo interdisciplinar. Por fim, como terceiro desafio, os autores colocam que os *mecanismos de contrato e regulação da rede assistencial*, não possuem olhar voltado para o território e corresponsabilização dos serviços, exacerbando a fragmentação da atenção.

Dentro da organização dos serviços de saúde, se torna essencial uma visão dos desafios estruturais e organizacionais, tanto em nível gestor, quanto por trabalhadores e usuários. Dessa forma, se torna possível compreender e repensar os modelos de atenção e gestão.

O Sistema Único de Saúde (SUS) filia-se a política pública de Atenção Básica, estabelecida pela conferência de Alma Ata, em 1978, destacando-a como estratégia fundamental e porta de entrada do sistema de saúde. Onocko-Campos, *et al.* (2012), discutem a implantação de novos arranjos e estratégias dentro da Atenção Básica da rede de saúde de Campinas, São Paulo, através de estudo avaliativo, participativo e qualitativo. Para tal, houveram grupos focais com a presença de trabalhadores e usuários. Dessa forma, foram analisadas variáveis

como a lógica de encaminhamentos, avaliação da equipe a respeito do apoio matricial, o entendimento do usuário sobre a Estratégia Saúde da Família, o envolvimento dos usuários em programas, as atividades realizadas, o envolvimento do Agente Comunitário em Saúde (ACS) e equipe em demandas territoriais e atividades intersetoriais, entre outros.

Algumas limitações, como a forma de organização de serviços em departamentos e setores segundo a lógica das profissões e especialidades, fragmentam o trabalho em saúde, diminui a responsabilização e dificulta o vínculo. Como forma de enfrentar essas limitações, aposta-se em um contexto de organização democrático e participativo (interdisciplinar), seguindo a lógica das Unidades de Produção. É nessa lógica que a proposta da Equipe de Referência e Apoio Matricial se apoia (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Na pesquisa prática de Onocko-Campos, *et al.* (2012), ficam claros os desafios e limitações discutidos por Cunha e Campos (2011), como a fragmentação dos serviços e valorização diferenciada de saberes profissionais. Como forma de exemplificar, observamos em uma das narrativas dos grupos focais do estudo, a visão dos ACS, que se viam envolvidos com os usuários e a população, mas afirmavam não observar essa relação vinda dos demais profissionais. Outro ponto focado foi a distância na relação entre os ACS e os demais trabalhadores, além de um não reconhecimento do trabalho do ACS. Limitações como a lógica de transferência de responsabilidade e não corresponsabilização também surgiram em um dos grupos.

Pensar em equipe de referência e apoio matricial visa pensar em democracia organizacional, espaço coletivo e em cogestão. Segundo Cunha e Campos (2011, p. 966):

A cogestão é o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política social. Esse compartilhamento é necessário porque a gestão sempre ocorre entre sujeitos com distintos interesses e diferentes inserções sociais. O exercício compartilhado de governo implica coparticipação em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados.

Como forma de arranjo organizacional e metodologia de gestão do trabalho em saúde, surgem o Apoio Matricial e Equipe de Referência. Para Cunha e Campos (2011), o Apoio Matricial vai depender da personalização das

relações entre as equipes de saúde, de construções compartilhadas e da ampliação de cenários de atenção especializada.

Resultados da pesquisa de Onocko-Campos, *et al.* (2012), demonstraram que o grupo que apresentava a implantação diferenciada do apoio matricial, com presença de espaços coletivos, participação da equipe e diálogo, se sobressaíram ao grupo no qual o apoio matricial acontecia de maneira precária e limitada a discussão de casos e encaminhamentos. No primeiro grupo, houve produção de maior corresponsabilização pelo casos, demandas e território, já no segundo, surgiram relatos que explicitam os desafios de ordem organizacional, voltados ao modelo de atenção e gestão.

No âmbito do Distrito Federal, no que se refere à execução direta das ações e serviços, destaca-se como uma das principais propostas de políticas públicas, o fortalecimento da Atenção Básica, que resulta em menores custos e melhores resultados em saúde. Porém, a secretaria de saúde, mesmo reconhecendo a importância fundamental da Atenção Básica na estruturação de um sistema de saúde denominado integral e universal, aponta um desafio de que esse sistema não exclui a atenção especializada de média e alta complexidade. Dessa forma, o Plano Plurianual de Saúde 2012-2015 (DISTRITO FEDERAL, 2011, p.3) refere:

Nesse sentido, coloca-se um duplo desafio para o sistema de saúde pública do Distrito Federal: por um lado, a continuidade do esforço de estruturação e expansão da atenção básica e, por outro, a continuidade da estruturação da rede de atenção especializada, muito mais onerosa. Assim, é possível dizer que o sucesso na estruturação da atenção básica tende a potencializar os desafios na atenção de média e alta complexidade, uma vez que uma população que vive mais tende a ter um maior número de problemas de saúde, em especial nos últimos anos de vida, assim como o perfil epidemiológico tende a, progressivamente, aproximar-se do verificado em países desenvolvidos onde a incidência de problemas de saúde de alto custo para o sistema público, como os diversos tipos de câncer e problemas cardiovasculares tende a ser maior.

Sendo assim, são destacados como objetivos específicos implementar a Atenção Básica em Saúde no Distrito Federal dando ênfase na expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), garantindo a universalidade do acesso, equidade no atendimento das demandas populacionais, com destaque na promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida. A valorização da

Atenção Básica, do ponto de vista estratégico, contribui para a reversão do atual modelo de atenção à saúde desenvolvida no Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2011).

4.2) O Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica utiliza como estratégia de expansão e consolidação a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF), que segundo documento de Diretrizes do NASF, surge como uma vertente brasileira da Atenção Básica que se caracteriza como porta de entrada prioritária fundada no direito à saúde e equidade do cuidado, provocando dessa forma um movimento fundamental de reorientação do modelo de atenção à Saúde no Brasil. Como forma de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família, ampliando as ações propostas pela Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009).

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família pauta-se no modelo teórico do Apoio Matricial, que se caracteriza por ser um arranjo organizacional, juntamente com a Equipe de Referência, apresentando instrumentos da transversalidade, permitindo, em conjunto, um modelo de atendimento voltado para o usuário, favorecendo a construção dos vínculos terapêuticos e a responsabilização das equipes, constituindo-se como “ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde” (BRASIL, 2004).

De acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização referente ao apoio matricial e equipe de referências, esses novos arranjos baseiam-se na transversalidade no sentido de estimulação e produção de relações que perpassem por todos os trabalhadores envolvidos nas equipes juntamente com os usuários, permitindo a troca de informações e ampliação do compromisso e responsabilização dos profissionais com a produção de saúde (BRASIL, 2004). Dessa forma, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família auxilia na característica de transversalidade do serviço devido aos espaços de compartilhamento e troca de saberes, discussão de casos e responsabilização da equipe com o território.

No contexto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, sugere-se o apoio pautado na retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de Estratégia Saúde da Família, que assumem o papel da equipe de referência, na qual o usuário se reportará.

Em entrevista com Gerente de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS), a partir de discussão da implantação do Apoio

Matricial no Distrito Federal (DF), abordou-se que foi constituído em forma de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em 2009, implantado em Centros de Saúde que funcionavam anteriormente como modelo de assistência pelas ações programáticas já com Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e convertidos em Estratégia Saúde da Família (ESF). Remanejaram os profissionais para composição das equipes de ESF, e aqueles profissionais que não compunham as equipes de ESF ingressavam em equipes de NASF.

O Núcleo de Apoio a Saúde de Família foi regulamentado no âmbito federal através da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, com proposta de induzir e garantir suporte a Estratégia Saúde da Família e objetivo de ampliar a abrangência e escopo das ações da Atenção Básica, não pretendendo se constituir como porta de entrada a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2008).

Refletindo a respeito da reorientação do modelo de atenção à Saúde no Distrito Federal, apesar de apresentar como objetivo específico a valorização da atenção básica como fundamental para reforma do modelo de atenção, o Plano Plurianual de Saúde 2012-2015, aborda uma única vez a implementação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família na perspectiva de desenvolver o apoio matricial às equipes de Estratégia Saúde da Família, visando promover a integralidade da atenção e aumento da resolubilidade por parte das equipes.

De acordo com as diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (2009, p. 7):

O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

O processo de implantação do NASF no Distrito Federal teve início do ano de 2009, passando por constantes movimentos de organização, apresentação da proposta do processo de trabalho, alocação e realocação de profissionais, monitoramento, avaliação, acompanhamento, movimentos de educação permanente, elaboração de relatórios, criação de espaços de reuniões e discussão de casos, criação de novas equipes, entre outros.

Quadro 2: Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Distrito Federal

2009	2010	2011	2012	2013
-Três momentos de capacitação -Dificuldade no monitoramento e acompanhamento	-GAPESF (Gerência de Atenção Primária e Saúde da Família) se tornou DIRAPS (Diretoria de Atenção Primária à Saúde) -Parceria DIRAPS + CGS (Coordenadores Gerais de Saúde) para explicação da proposta e diretrizes do NASF -Visitas para reconhecimento e avaliação do trabalho -Ainda não estava claro para profissionais, gerencia e usuários.	-Elaboração do relatório de produção dos NASFs através de colegiados - Acompanhamento das equipes -Investimento em educação permanente e qualificação de profissionais -Alocação de profissionais	-Modificações no relatório, inclusão do consolidado de atividades por categoria - Acompanhamento das equipes -Investimento em educação permanente e qualificação de profissionais -Alocação de profissionais	-Movimentos de reformulação de algumas equipes -Realocação de profissionais (falta de perfil)

No movimento de implantação do NASF no Distrito Federal, em 2009, ocorreram três momentos de capacitação, porém apresentando dificuldades na realização de monitoramento e acompanhamento.

Em 2010, a partir de reforma organizacional na SES/DF, a antes denominada GAPESF (Gerência de Atenção Primária e Saúde da Família) passou à Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS). Houve nesse momento, uma parceria da DIRAPS com os Coordenadores Gerais de Saúde (CGS), que são os responsáveis pela pasta Saúde nas Regionais Administrativas do DF, para explicação da proposta NASF e que o trabalho seguisse as diretrizes apontadas. Houve um trabalho intensivo da gerência de gestão da SAPS para realização de visitas para reconhecimento e avaliação do trabalho realizado até o momento, em que foi observado que os profissionais que compunham os NASF foram alocados, porém sem a compreensão da mudança da lógica e do processo de trabalho. Até o momento, a implantação não estava clara nem para os profissionais, nem para os usuários, gerentes de centros e gestores. De acordo com a Gerência de Gestão da SAPS, por mais que houvesse tido capacitações e estratégias de educação permanente em 2009, havia uma rotatividade muito grande nas equipes de NASF.

As diretrizes do NASF (BRASIL, 2009) apresentam um conjunto de ações e estratégias para guiar o processo de trabalho da equipe que compõe o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, incluindo especificidades de categorias profissionais e atenção a ciclos de vidas. Dessa forma, na SES/DF houve momentos de conversas com os trabalhadores, explicando a proposta, abrindo para decisão de se manterem ou não na equipe, que deveriam atuar de acordo com essas diretrizes. Em seguida, ocorreram encontros com os gestores para trabalhar as implicações do NASF e suas diretrizes.

Clareou um pouco mais pras duas equipes, tanto de ESF quanto de NASF, alguns gestores participaram e acho que deu uma clareada também, a gente começou um processo de mudança. Então a gente começou a estruturar o processo de trabalho, sistematizar as reuniões de NASF, uma vez por semana com ESF. Até então nenhuma equipe de ESF se reunia, nunca tinha tido uma reunião na vida, e aí começaram a ter pelo menos uma por mês com o NASF, né... É... estruturar, assim, que reunião precisa de ter pauta, ensinar a fazer reunião. Eu cheguei a participar de formatos de reunião de NASF com ESF como observadora e apontar várias coisas. (Gerência de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, entrevista).

Em 2011, segundo a gerência de gestão, a partir de queixas de falta de participação da equipe e implicação dos gestores, focou-se em um movimento

para elaboração de um relatório de produção das equipes de NASF. Durante seis meses, ocorreram colegiados compostos pela Gerente de Gestão da SAPS e representantes de cada equipe de NASF para discussão e elaboração dos itens a serem incluídos nesse relatório.

Durante esses seis meses a gente fez esse modelo de relatório, que é o que mantém, tem sofrido algumas modificações, mas é o que mantém, a gente não tem nada oficial. E é um relatório que a gente consegue tirar bastante coisa. (Gerência de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, entrevista).

Em 2012, ocorreram algumas mudanças no relatório, com inclusão de um consolidado de atividades por categoria profissional. Os relatórios envolvem dados sobre pacientes encaminhados pela ESF, pacientes atendidos, atendimentos individuais, atendimentos compartilhados, grupos de casos encaminhados, demanda espontânea e quadro de reuniões (ANEXO A).

Com a produção desses resultados, houve uma facilitação para o acompanhamento pela gestão local e central, a partir da identificação de problemas e necessidades das equipes, implicando em um maior envolvimento da gestão e equipe.

Foi o que a gente pensou, naquele primeiro momento. Claro que isso aqui está sujeito a modificações, ele não está pronto. A gente está aguardando o Ministério lançar um formulário, a gente pesquisou algumas coisas de São Paulo, de Belo Horizonte, mas enfim, o nosso próximo passo é pensar, o que que é o ideal, de atendimentos individuais, atendimentos e visitas, compartilhamento. Dentro da minha agenda o que que eu tenho que ter de proporcional? Pra orientar os gestores e projetar os profissionais. (Gerência de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, entrevista).

O NASF em algumas equipes contribuiu para a burocratização dos encaminhamentos, a ESF não estava realizando visitas domiciliares, não conhecia seu território. Assim, os anos de 2011 e 2012 foram anos de acompanhamento das equipes, consolidação das informações e investimento em educação permanente e qualificação de profissionais.

Em 2013, foi observado que mesmo com o processo de acompanhamento e capacitação permanente no NASF, não houve muitas mudanças no processo de trabalho, visto que algumas ESFs continuavam sem atuar na lógica e os gestores

não se implicavam no processo de gerenciamento de NASF e ESF. Devido a isso, ocorreram movimentos de reformulação de algumas equipes. Realocações de profissionais que trabalham no NASF também tiveram que ocorrer devido à "falta de perfil para atuar de acordo com a nova lógica de processo de trabalho" (Gerência de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, entrevista). O ano de 2013 também foi um ano de implantação de três novas equipes, visto que 2011 e 2012 foram trabalhadas alocações de profissionais para qualificação do processo de trabalho.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família devem ser constituídos de diferentes áreas de conhecimento, devendo atuar de maneira integrada e estabelecendo apoio aos profissionais de Saúde da Família, de forma a compartilhar as práticas e saberes em saúde dentro dos territórios sob responsabilidade das equipes (BRASIL, 2012).

Categorias profissionais como fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionistas já se fazem presentes em todas as equipes de NASF do Distrito Federal. Além dessas categorias, estão presentes em equipes do DF profissionais terapeutas ocupacionais, psicólogos, pediatras, ginecologistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos e homeopatas. Deve ser instituído mínimo de 20 horas de carga horária para todos os profissionais que compõem equipe de NASF. A maioria das equipes do DF estão com no mínimo cinco profissionais.

Hoje no Distrito Federal, de acordo com a Gerente de Gestão SAPS, estão implantadas 11 equipes, distribuídas em 9 regionais: São Sebastião, Planaltina, Estrutural/Guará, Samambaia (duas equipes), Gama (duas equipes), Recanto das Emas, Itapoã, Brazlândia e Riacho Fundo II. As equipes mais recentes são das Regionais do Gama e Recanto das Emas. Há uma previsão para o ano de 2014, de implantação de três novas equipes e contratação de novos profissionais através de concurso público, segundo a Gerência de Gestão.

Quadro 3: Profissionais lotados nas equipes de NASF- Julho 2013

<i>Profissionais Lotados nas Equipes de NASF - Julho 2013</i>			
<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária (220h)</i>
GUARÁ/ESTRUTURAL	CSGu 04/NASF	Psicóloga	40hs
		Nutricionista	40hs

		Terapeuta Ocupacional	40hs
		Fonoaudióloga	40hs
		Farmacêutico	20hs
		Fisioterapeuta	40hs
Abrangência	ESF 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10		
Equipes Consistidas	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10		

<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária (220h)</i>
PARANOÁ	CSP 02 Itapoã	Homeopata	40hs
		Terapeuta Ocupacional	40hs
		Nutricionista	20hs
		Pediatra	40hs
		Assistente Social	40hs
		Fisioterapeuta	40hs
Abrangência	ESF: 07, 08, 10, 11, 12, 13, 14, 15, Qd 18		
Equipes Consistidas	01, 02, 04, 05, 06 e 16		

<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária (175h)</i>
SÃO SEBASTIÃO		Assistente Social	40 hs
		Nutricionista	40 hs
		Médica Pediatra	(40hs)15 hs no NASF
		Fisioterapeuta	40 hs
		Terapeuta Ocupacional	40 hs
		Fonoaudiólogo	20 hs
Abrangência	01, 08, 09, 12, 13, 14, 15 e 16, 18, 20 e 24		
Equipes Consistidas	01, 08, 09, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 22,23 e 24		

<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária (240h)</i>
PLANALTINA	CS 04 Planaltina Mestre Darmas	Assistente Social	40hs
		Terapeuta Ocupacional	40hs
		Fonoaudióloga	20hs

		Fisioterapeuta	40hs
		Nutricionista	
		Psicólogo	20hs
Abrangência	30, 31, 32, 33, 34 e 35, 04 e outro a definir segundo territorialização		
Equipes Consistidas	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34 e 38 (28 ESF)		
Regional de Saúde	Lotação (Centro de Saúde)	Função	Carga Horária (240h)
SAMAMBAIA	CSSAM 02	Farmacêutica	40hs
		Assistente Social	40hs
		Nutricionista	40hs
		Psicóloga	40hs
		Terapeuta Ocupacional	40hs
		Fisioterapeuta	40hs
Abrangência	ESF: 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35 (já matriciadas)		
Equipes Consistidas	01, 03, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43 e 47 (32 ESF)		
Regional de Saúde	Lotação (Centro de Saúde)	Função	Carga Horária (120h)
SAMAMBAIA	CSSAM 03	Assistente Social	40hs
		Fisioterapeuta	20hs
		Fisioterapeuta	40hs
		Fonoaudióloga	40hs
		Terapeuta Ocupacional	40hs
		Farmacêutico	20hs
		Nutricionista	40hs
Abrangência	ESF: 07, 09, 10, 11, 46, 47		
Equipes Consistidas	01, 03, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43 e 47 (32 ESF)		

<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária (220h)</i>
NÚCLEO BANDEIRANTE	CSF 04 - Riacho Fundo II	Assistente Social	40 h
		Fisioterapeuta	40 h
		Fonoaudiólogo	40 h
		Nutricionista	20h
Abrangência	ESF 01, 02, 03, 05, 06, 07, 08, 13 e 14		
Equipes Consistidas	01, 02, 05, 06, 07, 08, 13 e 14 (8 ESF)		

<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária (180h)</i>
BRAZLÂNDIA	CSBZ 02- Brazlândia	Fisioterapeuta	40hs
		Nutricionista	40hs
		Psicóloga	40hs
		Terapeuta Ocupacional	40hs
		Assistente Social	40hs
Abrangência	ESF 01, 02, 03, 04, 05, 07, 09, 10, 11, Vereda I,		
Equipes Consistidas	01, 02, 03, 04, 05, 07, 08, 09, 10 e 11 (10 ESF)		

<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária (180h)</i>
GAMA	CSG 01	Nutricionista	40hs
		Pediatra	40hs
		Psicóloga	40hs
		Nutricionista	20hs
		Assistente Social	40hs
		Fisioterapeuta	20hs
Abrangência	03, 04, 13, 14, 09, 19, 24, 25, 27,		
Equipes Consistidas	01, 02, 03, 04, 06, 07, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26 e 27 (19 ESF)		

<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária (220h)</i>
GAMA	CSG 03	Ginecologista	40 h
		Fonoaudióloga	20h
		Nutricionista	40 h
		Nutricionista	20 h

		Pediatra	40 h
		Fisioterapeuta	40 h
		Assistente Social	40h
		Psicóloga	20h (quer 40)
Abrangência	ESF: 07, 10, 16, 18, 20, 26 e 28		
Equipes Consistidas	01, 02, 03, 04, 06, 07, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26 e 27 (19 ESF)		
<i>Regional de Saúde</i>	<i>Lotação (Centro de Saúde)</i>	<i>Função</i>	<i>Carga Horária</i>
RECANTO DAS EMAS	CSRE 01		
		Nutricionista	40h
		Fisioterapeuta	20h
		Assistente Social	40h
		Fonoaudióloga	40h
Abrangência	Irão matricular 08		
Equipes Consistidas	01, 02, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19 e 24 (17 ESF)		

Fonte: Gerência de Gestão da SAPS

De acordo com a Gerente de Gestão da SAPS, há um grande cuidado para seleção do profissional para compor a equipe do NASF, no qual por meio de conversa com gestor e profissional, deve-se optar por profissionais com interesse no trabalho, ou que ao menos estejam abertos para uma nova lógica.

De acordo com as diretrizes do NASF (2009), a composição das equipes de NASF deve ser definida pelos gestores municipais e equipes de Saúde da Família, mediante os critérios definidos como prioridades identificados a partir de demandas locais e disponibilidade dos profissionais de cada uma das áreas de atuação profissional, porém nota-se que no processo de implantação, os profissionais que não foram compor equipes de ESF, foram alocados em equipes de NASF, aproveitando os recursos humanos já existentes. Ainda a respeito de diretrizes, o NASF deve atuar levando em conta as diretrizes relativas à Atenção Básica em Saúde, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial, integralidade, educação popular, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, participação social, desenvolvimento da noção de território, humanização e promoção da saúde.

Pensando nas características do modelo de gestão e diretrizes, os NASFs surgem com proposta de enfrentar os desafios colocados anteriormente e ligados à fragmentação da clínica e hierarquização, focando em características que levam a um modelo de trabalho horizontal, interdisciplinar, com presença de diálogo e corresponsabilização.

Dessa forma, a organização dos processos de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família deve sempre ter como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando os atendimentos compartilhados e interdisciplinares, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos, mediante estudos e discussões de casos e projetos terapêuticos, objetivando as trocas de saberes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Distrito Federal vem passando desde 2009 por um processo de implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, construído e formulado a partir das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, pautado pelo modelo teórico do Apoio Matricial.

O Apoio Matricial, juntamente com a Equipe de Referência surgem como proposta de arranjos pautados em reforma das linhas de organização de processos de trabalho e gestão.

A Estratégia Saúde da Família surge como uma vertente brasileira da Atenção Básica, com proposta de ampliar o cuidado e responsabilização com o território por uma equipe interdisciplinar que incorpora o agente comunitário de saúde. Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família surgem como forma de garantir suporte as equipes de ESF. Dessa forma, há ainda um visível desafio para os profissionais de assistência e gestão na percepção da mudança da lógica e processo de trabalho.

Dentro desse processo de implantação, movimentos de educação permanente e capacitação quanto a ações e estratégias que envolvem condutas profissionais, arranjos organizacionais com base em transversalidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, territorialização, criação de espaços coletivos e compartilhados, discussão de casos, entre outros, tornaram-se fundamental para reorientação da estrutura assistencial e gerencial.

A análise realizada possibilitou compreender as potencialidades, tais como a implicação da gerência de gestão da SAPS e melhorias no processo de trabalho, e dificuldades, tais como a dificuldade de compreensão da lógica prevista pela proposta da ESF e NASF e falta de implicação de alguns gestores e equipes na implantação da proposta do Apoio Matricial no Distrito Federal, ocasionando reflexões acerca do processo de trabalho das equipes, que envolvem entendimento do processo de trabalho, planejamento de ações, prestação de serviços à gerência, compreensão e participação em espaços compartilhados, entre outros.

A partir de análise bibliográfica, documental e de entrevista com a Gerência de Gestão da Subsecretaria de Atenção Primária do Distrito Federal, tornou-se possível conhecer o processo de implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família,

pautados em portarias e diretrizes, e discutir rearranjos organizacionais de gestão e de clínica, que no cenário do DF passa por um processo de expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família e proposta de suporte e retaguarda de Apoio Matricial.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008c. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>>, Acesso em: 06 Out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php>, Acesso em: 06 Out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Maio 2013.

CAMPOS G.W.S. **Saúde Paidéia**. Coleção Saúde em Debate – São Paulo: HUCITEC, 2007.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 961-970. Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Plurianual de Saúde 2012-2015**. SES DF, Brasília, 2011.

DISTRITO FEDERAL, Secretaria do Estado de Saúde. **Relatório Estatístico da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e HUB de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/>> Acesso em: 10 Maio 2013.

DOMITTI, A.C.P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. 2006. 90 p. Tese (Doutorado). Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/Unicamp, Campinas.

HARDY, E.; BENTO, S. F.; OSIS, M. J. D. Consentimento Informado Normatizado pela Resolução 196/96: Conhecimento e Opinião de Pesquisadores Brasileiros. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun. 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jun. 2013.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2013.

OLIVEIRA, G. N. **Devir Apoiador: Uma Cartografia da Função Apoio**. Campinas, SP: [s.n.], 2011. 168 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ONOCKO-CAMPOS, R. T., CAMPOS, G. W. S., FERRER, A. L., CORRÊA, C. R. S., MADUREIRA, P. R., GAMA, C. A. P., DANTAS, D. V., NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, Feb. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out.. 2013.

SOUZA, C. C.; AYRES, S. P.; MARCONDES, E. M. Metodologia de apoio matricial: interfaces entre Terapia Ocupacional e a ferramenta de organização dos serviços de saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 363-368, 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2013.

APÊNDICE A***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE***

Eu, _____,
residente: _____;
autorizo a Universidade de Brasília, por intermédio da aluna **Victória Anselmo Comin**, devidamente assistida pela sua orientadora **Prof.^a Dr.^a Paula Giovana Furlan**, a desenvolver a pesquisa “**Apoio Matricial: um arranjo organizacional às redes de Atenção Básica em Saúde no Distrito Federal**”, com objetivo de compreender o processo de implantação do Apoio Matricial na Atenção Básica do Distrito Federal. Nestes termos, concedo a entrevista para a pesquisa, com registro em diário de campo da pesquisadora e gravação de áudio, para sua realização, em data e local a serem informados. Informamos que o (a) Senhor (a) poderá recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Estou ciente que: tenho a garantia de respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida por parte dos pesquisadores supracitados, a qualquer tempo, quanto aos assuntos relacionados à pesquisa; que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano a mim; que terei direito à privacidade, com a não divulgação de minha identidade (nomes e sobrenomes). Permiti, através da assinatura do termo de consentimento, a utilização, por parte dos pesquisadores, dos resultados obtidos na pesquisa em congressos e publicações. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Paula Giovana Furlan, orientadora responsável pela pesquisa, através do telefone: (61) 3326-8581, Celular: (61) 81180707 ou pelo e-mail paulagio@gmail.com.

Fui informado (a) que esta pesquisa será elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução n 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF. E em caso de dúvida quanto aos meus direitos, posso escrever e procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília no endereço Faculdade de Ciências da Saúde Campus Darcy Ribeiro Universidade de Brasília CEP: 70.904-970 BRASÍLIA – DF Telefone: (61) 31071947 ou e-mail: cepfs@unb.br

Brasília, _____ de _____ de 2012.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR

ANEXO A

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

RELATÓRIO DO NASF

Nome	Profissão	Matrícula

1) Contextualização:

2) Quadro de horas dos profissionais atuantes da equipe NASF:

Quadro de horas dos profissionais do NASF				
Profissionais	Categoria	Carga horária	Carga horária NASF	Observação

3) Reuniões da equipe NASF:

QUADRO DE REUNIÕES DA EQUIPE NASF, MÊS/ANO.		
Data	Assunto/pauta	Presentes

7) Consolidado das atividades por categoria profissional

Profissão				
Nome				
ATIVIDADES REALIZADAS				
Consulta individual agendada				
Consulta individual atendida				
Consulta compartilhada NASF				
Consulta compartilhada ESF				
Atividade de grupo compartilhada ESF				
Atividade de grupo compartilhada NASF				
Visitas Domiciliares compartilhadas NASF				
Visitas Domiciliares compartilhadas ESF				
Atividade educativa na comunidade				
Reuniões com ESF				
Reuniões com ENASF				
Reuniões com gerência/ DIRAPS/ Diretoria regional				
Reuniões com coordenação NASF				
Reuniões com coordenações técnicas				
Reuniões REDE /visitas institucionais				
Oficinas, Capacitações, Cursos, Seminários, Congressos (participação dos profissionais)				
Encaminhamento (para outros serviços)				
Planejamento				

(períodos)				
Outros				

8) GRUPOS REALIZADOS PELO NASF/ESF:

Categoria Profissional:

Grupo Responsáveis	Data/ Quantitativo de participantes
Grupo Responsáveis	Data/ Quantitativo de participantes

9) CONSIDERAÇÕES

Desafios e problemas:**Projetos futuros:**